IV. FASE DE ASISTENCIA SOCIAL

Trata de los cuidados de supervivencia que deben dispensarse a las víctimas y damnificados de la tragedia. Es importante, desde un punto de vista administrativo, hacer distinción entre víctimas y damnificados.

A. VICTIMAS Y DAMNIFICADOS: DEFINICIONES

1. Denomínanse víctimas, aquellas personas que han sufrido daño en su integridad física o mental que requieren algún servicio de Atención médica. Suélense clasificar en leves, moderados y severos a fin de hacer un uso racional de la infraestructura de salud por niveles de Atención Médica I, II y III.

2. Damnificados. Dícese de las personas que han sufrido grave daño de carácter colectivo, como destrucción parcial o total de las viviendas, desarticulación de los servicios públicos, interrupción de la asistencia médica regular; pérdida de las pertenencias personales y colectivas; destrucción parcial o total de las fuentes de trabajo, recreación, etc.

   Así pues, una persona puede ser damnificada y víctima o víctima y damnificada pero muchas de las víctimas pueden no ser damnificadas. Sin embargo si la persona sufre grave lesión física y/o mental que la incapacita parcial o totalmente es una víctima que para efectos del amparo humanitario y social debe prodigársele todas las prestaciones de un damnificado

   Algunas de las tareas que deben cumplirse en esta fase y que requieren planeación previa y apoyo logístico, son las siguientes:

B. ESTABLECIMIENTO DE REFUGIOS O ALBERGUES TEMPORALES

Los damnificados deben ubicarse preferencialmente en casas de

los vecinos, amigos, familiares y/o en establecimientos públicos como escuelas y coliseos

En casos extremos como en grandes devastaciones o amenaza de colapso de estructuras con posterioridad al impacto debe acudirse al establecimiento de campamentos o tiendas de campaña Estas deben ubicarse en sitios previamente seleccionados con facilidades próximas para extender servicios públicos Los asentamientos temporales en esta modalidad no deben sobrepasar la instalación de 40-50 carpas familiares por concentración

C. DISTRIBUCION DE AUXILIOS

La responsabilidad de esta tarea debe asignarse con anterioridad al desastre a una agencia de socorro, usualmente la Cruz Roja Ella misma debe encargarse de la recepción de la ayuda externa. Otras agencias deben prestar apoyo logístico para la ejecución de esta tarea siempre bajo la dependencia administrativa del organismo responsable

D DISTRIBUCION DE ALIMENTOS

Es una de las tareas más complejas de la fase de asistencia social. Debe fundamentarse en el censo de damnificados y especialmente en aquellos que están concentrados en albergues temporales. A continuación se ofrece un cálculo de las cantidades, calidades y tipo de dieta para cubrir emergencias durante un tiempo limitado. no mayor de tres meses.

1. Minuta patrón y ciclos.

Una minuta patrón es un modelo de la lista de grupos de alimento con sus respectivas porciones que debe tener una comida para cumplir con los requerimientos y recomendaciones nutricionales de un individuo o grupo Los cálculos están basados en un gasto económico de calorías por restricción de la actividad física (30 calorías por Kg de peso / y un peso promedio de 60 Kg por individuo).

1.1. Criterios de selección de alimentos.

a) Que consulten los hábitos alimenticios de la región
b) Que los alimentos sean de fácil cocción
b) Que sean de fácil almacenaje, y
d) Que los alimentos no sean perecederos

1.2. Requerimientos calóricos y composición de las dietas.

El promedio calórico y de nutrientes es el siguiente. Calorías 1800 Proteínas 63 grs , grasas 58 grs y carbohidratos 303 grs Se requiere el suplemento de vitaminas y minerales, principalmente vitaminas del complejo B, Ca y

Fe dado que el aporte protéico de origen animal está restringido por las limitantes de conservación.

1.3. Listas de intercambio.

Para cubrir las necesidades nutricionales diarias se deben incluir cantidades recomendadas (porciones) de cada grupo de alimentos en la minuta. Los alimentos se clasifican en grupos teniendo en cuenta que cada porción de un alimento ubicado en su grupo aporta un promedio igual de nutrientes. Para determinar las porciones se utilizan las medidas caseras más comunes y también alimentos en unidades Los valores de cada porción de alimentos dado en gramos o centímetros cúbicos corresponden al peso neto de dicho alimento

2. Ciclo de minutas.

Con base en la minuta patrón se ofrece un ejemplo de ciclo de minutas para siete días.

2.1. Minuta para adultos:

Desayuno	Porción	Almuerzo	Porción	Comida	Porción
Leche	1	Cereales	2	Cereales	2
Cereales	2	Leguminosa	1	Carne enlatada	1
Azucar	1	Dulce y Postres	1	Leche	1
Dulce	1	Azucares	1	Grasas	2
Grasa	1	Grasas	2	Azúcares	1
		Leche	1		

Esta minuta provee el siguiente análisis calórico y de nutrientes por día:

Grupo de alimento		Calorias	Proteinas (grs)	Grasas (grs)	CHO (grs)
Leche	3 porciones (75 grs)	240	18	18	27
Carne enlatada	1 porción (50 grs)	112	12 5	6 5	-
Leguminosas	1 pocillo (200 grs)	256	18	-	46
Cereales y deriv	6 porciones	510	12	6	108
Dulces y postres	2 porciones	194	2	2	42
Azucares	4 porciones	320	-	-	80
Grasas	5 porciones	225	-	25	-
	TOTAL	1857	62 5	57 5	303

2.2. Lista de Intercambios "Alimentos no perecederos"

Leche

Alimento	Medida casera	Cantidad Neta
Leche en polvo	5 cucharadas rasas soperas	25 grs

Enlatados:

Salchichas, sardinas, jamonetas

Porción: de una libra del contenido para 10 personas.

Leguminosas:

Alimento	Medida Casera	Peso Neto (grs.)
Fríjol rojo cocido	1 pocillo chocolatero	200
Lentejas cocidas	"	200
Garbanzos cocidos	"	200
Arvejas cocidas	"	200

Cereales y Derivados:

Arroz cocido	4 cucharadas soperas	80
Maíz cocido	1/2 pocillo chocolatero	80
Avena	3 cucharadas soperas	21
Harina de trigo	3 cucharadas soperas	21
Pastas alimenticias	1/2 pocillo chocolatero	60
Galletas de soda o saltines	8 unidades	20
Cerelac (Arroz, avena,		
Cerpi-arroz: trigo, miel	3 cucharadas soperas	20
Galletas macarenas	3 unidades	21
Galletas waffers	4 unidades	(unidades) 20
Corn flakes	10 cucharadas soperas	20
Tostados o calados	2 unidades	20

Dulces y Postres:

Alimento	Medida casera	Peso Neto (grs)
Gelatina (polvo con azúcar)	1 cucharada	20
Mermelada	1 cucharada alta	30
Bocadillo	1 unidad	30
Manjarblanco	1 cucharada	30
Ponqué (sin cubrir)	1 tajada	30
Panelitas de leche	1 unidad	30
Compotas y conservas	1 cucharada	30
Jalea	1 cucharada	30
Galletas negras	1 unidad	30

Azúcares y Dulces:

Azúcar	2 cucharadas soperas tasas	20
Panela	1 trozo pequeño	25
Miel de abeja	1 cucharada sopera	25

1 panela de una libra para 20 personas

Grasas:

Aceite	1 cucharadita	5 cc
Margarina	1 cucharadita	5 cc
Mayonesa	1 cucharadita	5 cc
Crema de leche	2 cucharadas	20 grs

Mezclas Vegetales:

Bienestarina, Colombiarina, Duryea, soya, plátano

Peso - Porción 2 cucharadas soperas rasas

Nota: Puede intercambiarse por el grupo de las leguminosas

Refrescos y Bebidas:
Fresco Royal Extractos de naranjas limon, etc
1 cuchara sopera alta
Milo, Chocolisto, café, té, chocolate

Productos Elaborados:
Caldo de gallina- cubos 1 unidad
Caldo de carne- cubos 1 unidad
Sopas de sobre.

Condimentos:
Artificiales Ajo, cebolla, laurel tomillo orégano
Alimento promedio por persona 5 grs 1 cucharadita

2.3. Ciclo de Minutas. Modelo para ocho días.

LUNES	MARTES	MIERCOLES
	(Desayuno)	
Chocolisto con leche o calcetose Galletas, margarina	Café con leche Tostadas, mermelada, margarina	Agua de panela con leche Galletas, mermelada margarina
	(Almuerzo)	
Consomé* Frijoles, arroz Mazamorra Leche Bocadillo	Consome* Espaguetis, arroz Refresco de mezcla vegetal con leche Ponqué (sin cubrir)	Consomé* Lentejas, arroz Avena con leche Ponquecitos
	(Comida)	
Consomé* Carne enlatada, arroz Colada Agua de panela	Consome* Carne enlatada, arroz Galletas waffers Café	Consome* Carne enlatada, arroz Refresco de cereiac con leche Aromática
JUEVES	**VIERNES**	**SABADO**
	(Desayuno)	
Corn flakes con leche Tostadas, mermelada, margarina	Chocolisto con leche Galletas, mermelada, margarina	Café con leche Tostada, mermelada margarina
	(Almuerzo)	
Consome* Frijoles, arroz, galletas waffers Manjarblanco	Consomé* Arvejas, arroz Refresco de cereal con leche, Galleta negra	Consomé* Lentejas, arroz Galletas macarenas Leche paneitas

* El consomé es opcional y puede intercambiarse por sopa de sobre

	(Comida)	
Consomé*, carne enlatada, arroz Mazamorra, leche Agua de panela	Consomé*, carne enlatada, arroz Galleta macarena Leche Café	Consomé*, carne enlatada, arroz Corn flakes con leche Aromática
	DOMINGO	
(Desayuno)	**(Almuerzo)**	**(Comida)**
Café con leche Galletas mermelada, margagarina	Consomé* Sopa de soya-plátano, arroz Pastas Leche Manjarblanco	Consomé*, carne enlatada, arroz Chocolisto en leche Tostadas Agua de panela

*El consomé es opcional y puede intercambiarse por sopas de sobre

2.4. Cantidad diaria y quincenal de alimentos no perecederos para 200 personas:

ALIMENTO	CANTIDAD/DIA	CANTIDAD/ 15 DIAS SEGUN MINUTA.
Leche	15 kilos	225 kilos
Carnes enlatadas*	10 kilos	150 kilos
Leguminosas	20 kilos	300 kilos
Arroz	12 kilos	180 kilos
Galletas saltines	9 tacos	72 tacos
Tostadas	200 unidades	1600 unidades
Mazamorra	6 kilos	12 kilos
Maizena o avena	5 libras	20 libras
Pastas (macarrones, espaguetis)	6 kilos	36 kilos
Mezcla vegetal	5 kilos	20 kilos
Cerelac	5 kilos	20 kilos
Galletas macarena	600 unidades	2400 unidades
Galletas waffers	200 paquetes (de 4 unidades)	800 paquetes
Corn flakes	2 kilos	8 kilos
Mermelada	6000 (grs) (2 galones)	30 galones
Azúcar	12 kilos	84 kilos
Bocadillo	6 kilos	12 kilos
Ponqué (sin cubrir)	200 unidades	400 unidades
Ponquecitos	200 unidades	400 unidades
Manjarblanco	12 libras	48 libras
Galleta-negra	200 unidades	400 unidades
Panderitos	200 unidades	400 unidades
Café instantáneo	1 kilo	8 kilos
Chocolisto o calcetose	4 kilos	24 kilos

* El número de latas dependerá de la presentación del contenido neto del producto

Panela**	6 kilos (12 unidades)	12 kilos (24 unidades)
Margarina	1 kilo	14 kilos
Aceite	1 1/2 galon (3000 cc)	22 galones
Sal	2 kilos	30 kilos
Cubos de caldo	10 display	150 display

Miscelanea (salsa de tomate mayonesa, condimentos y colorantes)

** Además de la incluida en la minuta la cantidad restante es para la preparación del agua de panela para la cena

Nota: Las unidades de medidas de los productos deberán ajustarse a las cantidades estandarizadas para cada uno de ellos

E. SUMINISTRO DE AGUA Y MANEJO ADECUADO DE EXCRETAS.

F. CONTROL Y VIGILANCIA POLICIVA

V. FASE DE RECUPERACION

Esta última fase incluye.

A. EVALUACION DE LOS DAÑOS MATERIALES
B. SOLICITUD DE AYUDA NACIONAL Y EXTERNA PARA LA RECONSTRUCCION y
C. PLANES Y PROGRAMAS DE RECONSTRUCCION

VI. FUNCIONES DE LAS AGENCIAS DE SOCORRO Y MITIGACION.

A. COMITE REGIONAL/LOCAL DE EMERGENCIA

Funciones.

1 Declarar el estado de emergencia

2 Sesionar permanentemente

3 Aceptar o rechazar las ofertas de ayuda

4 Autorizar y ordenar los gastos que demande la aplicación del plan de emergencia

5 Mantener comunicación permanente con los comités regional y nacional de emergencia y con el COE local.

6 Decidir sobre la necesidad de solicitar ayuda nacional e internacional

7 Decidir sobre los sitios de ubicación de los damnificados

8 Decidir inhumaciones en fosa común.

9 Decidir sobre las operaciones de restablecimiento de los servicios públicos (agua, electricidad y alcantarillado)

10 Tomar decisiones basadas en las solicitudes y recomendaciones del COE.

B. CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIA (C.O.E.)

Funciones.

1 Designar el comandante del puesto de mando

2. Determinar la magnitud del desastre

3. Evaluar los daños ocasionados por el desastre.
4 Establecer la necesidad de auxilios.
5. Recomendar al Comité Regional/Local de emergencia el rechazo o aceptación de las ofertas de ayuda.
6. Designar un oficial de estadística
7. Evaluar la aplicación del plan de acción

C POLICIA NACIONAL

Funciones:

1. Verificar la ocurrencia de la calamidad.
2. Evaluar rápidamente la situación.
   —Tipo de desastre
   —Número aproximado de víctimas
3. Informar al comando de policía lo observado.
   Alertar inmediatamente al comité de operaciones de emergencia (COE)
4. Acordonar el lugar.
5 Mantener despejadas las vías de acceso
6. Establecer el puesto de mando hasta la llegada de la Defensa Civil.
7 Participar en el transporte de víctimas
8. Acordonar y mantener libre los accesos a los hospitales y a otros sitios de interés.
9. Mantener el orden público.

D. CRUZ ROJA

Funciones.

1. Designar el oficial de operaciones de rescate, mientras llega el designado por el COE.
2. Designar el oficial de la operación de triage y estabilización in situ mientras llega el designado por el COE.
3. Establecer el área de concentración de heridos
4. Designar el oficial de despacho de heridos según triage inicial
5. Designar socorristas que acompañen a las víctimas durante su transporte al hospital

6 En ausencia de la Policía Nacional· Realizar las actividades 1-6 de la Policía Nacional.

E. DEFENSA CIVIL

Funciones

1 Establecer el puesto de mando

2 Participar en el rescate de víctimas

3. Participar en el transporte de víctimas

4 En ausencia de la Policía Nacional Proceder como 1-6 de la Policía Nacional

F. BOMBEROS

Funciones

1 Participar en el rescate de víctimas

2. Establecer el puesto de mando hasta la llegada de la Defensa Civil.

3 En ausencia de la Policía Nacional. Cumplir las funciones 1-6 de la Policía Nacional

4 Las propias de su condición

5 Participar con el transporte de víctimas

6. Participar en las operaciones de Primeros Auxilios.

G. POLICIA DE TRANSITO

(Municipal y Departamental)

Funciones:

1. Establecer y mantener comunicación permanente con el comandante del Puesto de Mando y/o Defensa Civil

2 Reorientar el tránsito de automotores de tal manera que queden libres los accesos viales a las Instituciones de Salud/Depósitos de cadáveres y refugios temporales

3. Impedir el acceso de automotores no autorizados a las áreas de desastres e Instituciones de Salud y/o asistencia pública de emergencia

4 Señalar y vigilar las vías de acceso y salidas de automotores a las Instituciones de Salud, depósitos de cadaveres y refugios temporales

5 Orientar y conducir la gente y el tráfico vehicular en caso de evacuación masiva de la población

6 Facilitar el tránsito libre de ambulancias y demás vehículos que participen en las operaciones de rescate, primeros auxilios y conducción de heridos

7 Coordinar y dirigir la ayuda que puedan prestar otros grupos (Boy Scouts, Patrullas Juveniles, etc) al cumplimiento de sus funciones

8. Facilitar el acceso de miembros del COE y otras autoridades a las áreas de desastre y sitios de operaciones del desastre

H. PATRULLA AEREA/PATRULLA NAVAL

Funciones.

1 Evaluar rápidamente la situación
1 1 Tipo y magnitud del desastre.

2. Informar a la Defensa Civil y/o al COE sobre la situación.

3. Establecer el Puesto de Mando hasta la llegada de la Defensa Civil.

4 Participar en el transporte de víctimas

I. COMANDANTE DEL PUESTO DE MANDO

Funciones:

1 Coordinación inter-agencial en el sitio del desastre.

2 Identificación y asignación de tareas y funciones

3. Establecer comunicaciones

4. Establecer el sistema inicial de triage y estabilización in situ hasta la llegada del oficial médico

5. Coordinar el transporte de heridos

6 Coordinar la información a la prensa y radio

7 Coordinar el manejo de heridos entre los diferentes hospitales

8 Determinar la necesidad de equipos médicos de emergencia en el sitio del desastre

VII. TAREAS BASICAS CON POSTERIORIDAD AL IMPACTO

Pueden definirse cinco tareas básicas.

A. OPERACIONES DE RESCATE Y PRIMEROS AUXILIOS

B. TRIAGE Y ESTABILIZACION IN SITU

C. TRANSPORTE DE VICTIMAS

D. COMUNICACIONES E INFORMACION AL PUBLICO

E. OPERACIONES DE ASISTENCIA SOCIAL

Para cada tarea se asignan las agencias competentes bajo la dirección de un Oficial de Mando (Fig. 4), escogido por concenso del COE de acuerdo al grado de expertismo

Los oficiales de mando de cada una de las tareas están coordinados por el Comandante del Puesto de Mando, un subgrupo de trabajo del Centro de Operaciones de Emergencia. Toda la ayuda necesaria, en términos de reforzamiento de los equipos debe solicitarse a través de este Comandante al Director de Operaciones de Emergencia (COE). Este Centro de Operaciones (COE) se constituye en el eje de la operación completa y debería ser el único autorizado legalmente para dar información a los estamentos de gobierno y al público en general. Los Comités Nacional, Regional o Locales de Emergencia deben basar sus decisiones y demás relaciones con otros organismos nacionales e internacionales, en los informes de operaciones del COE

ASIGNACION DE FUNCIONES Y TAREAS (Fig. 4)

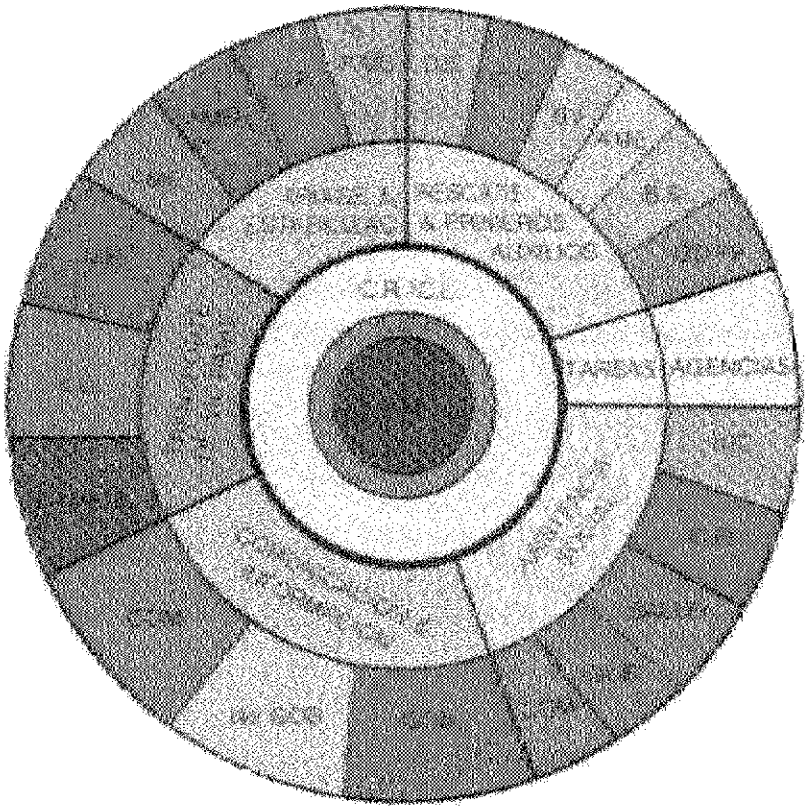
1. **Operaciones de Rescate y Primeros Auxilios.**
   1.1 Rescate Bomberos, Defensa Civil, Equipos especiales.

1.2 Primeros Auxilios: Cruz Roja/Paramédicos/Equipos de AME

1.3 AMEH: Boy Scouts

FIG. 4.
FUNCIONES Y TAREAS

(Movilización y Acción)



2. **Triage y Estabilización In Situ**
   AME/AMEH/Cruz Roja/Paramedicos

3. **Transporte de Victimas:**
   3.1. Pool de Ambulancias: Cruz Roja, Defensa Civil, Sector Salud
      3.1.1. Unidad de Mando: COE (Sector Salud).
      3.1.2. Ubicación: Regionalización
   3.2 Vehículos Oficiales: Secretaria de Gobierno.

3.3. Vehículos de Reserva: Secretaría de Gobierno

4. **Asistencia Social: Cruz Roja, Defensa Civil, Sector Salud, otros sectores de Gobierno.**

5. **Comunicaciones e Información al Público: COE/Comité Regional/Local de emergencia.**

VIII. ASPECTOS DE LA INFORMACION AL PUBLICO

A. ETAPAS

Cinco etapas requieren información y educación al público en el continuum Preparación/Acción/Recuperación:

1. **Identificación y Priorización de Riesgos.**
2. **Identificación de Población Vulnerable.**
3. **Proceso de Preparación para la Acción: Planes de Emergencia.**
4. **Respuesta.**

    4.1 Magnitud del Imparto.
    4.2. Operaciones de Rescate y Primeros Auxilios.
    4.3. Asistencia Médica de Emergencia
    4.4. Asistencia Social, y
    4.5. Recuperación.

B. EL PUBLICO: SUJETO DE LA INFORMACION

La información que se difunde al público debe tomar en consideración la situación social, económica y cultural de la población afectada, los mitos y realidades del comportamiento humano y las distorsiones de los mensajes que ocurren cuando el público mismo es el medio de comunicación

C. CONTROL DE LA INFORMACION

Es función del Gobierno ejercer algún tipo de control sobre la forma como se difunden las informaciones al público en situaciones de calamidad pública y él mismo debe asumir la responsabilidad de emitir los boletines sobre estados de alerta y emergencias.

D. LOS MENSAJES

La información al público que se difunde a través de los medios

masivos de comunicación debe ser clara y precisa, evitando crear el pánico y suscitar rumores e informaciones inexactas. En lo posible los Medios deberían leer y/o copiar cada linea del mensaje tal como ha sido elaborado por el Centro de Operaciones de Emergencia (C.O.E.), Comité de educación e información al público. Un ejemplo se transcribe a continuación:

1. Qué hacer en caso de un temblor de tierra.

Un terremoto o temblor de tierra puede ocurrir en cualquier momento, las recomendaciones siguientes no evitarán que el temblor ocurra pero sí podrán ayudarnos a sobrevivir más fácilmente.

Cuatro consejos que deben seguirse durante un temblor de tierra.

1. Conserve la calma.
2. Dentro de la casa o edificio: Ubíquese directamente debajo del marco de una puerta, o busque refugio debajo de una mesa o escritorio, lejos de ventanas o puertas de vidrio.
3. Al aire Libre: Manténgase lejos de edificios, árboles y líneas eléctricas o telefónicas.
4. En la carretera: Maneje hacia un lugar lejos de puentes o vías elevadas; estacione en un área fuera de peligro; quédese dentro del vehículo.

2. Qué hacer después de un Terremoto.

1. Ayude al rescate de víctimas. Preste primeros auxilios Colabore en la remoción de escombros.
2. Inspeccione el área: Localice escapes de agua y gas. Cierre las llaves de paso. Localice rupturas de la red de alcantarillado. Avise a las autoridades sanitarias Localice líneas de electricidad caídas. Advierta a otros el peligro. Localice daños estructurales que puedan empeorar con movimientos sísmicos secundarios.
3. Limpie y Remueva substancias tóxicas o dañinas que se hayan Derramado
4. Use Zapatos.
5. Sintonice su Radio Portátil para recibir instrucciones de los Comités de Emergencia o Agencias de Seguridad Haga estrictamente lo aconsejado por ellos
6. No utilice su teléfono, excepto en casos de Emergencia.

3. Elementos de Subsistencia que Deben Tenerse a Mano.

1 Radio portátil con baterías

2. Velas o linterna con pilas

3. Botiquín de Primeros Auxilios.

4. Extinguidor de incendios.

5 Agua embotellada suficiente para todos los miembros de la familia.

6 Fósforos

7. Número de teléfonos de la policía, bomberos, Cruz Roja y Médicos

4. Cuatro cosas que usted debe saber hacer.

1 Como interrumpir el paso del agua, electricidad y gas

2. Cómo prestar Primeros Auxilios.

3. Preparar adecuadamente a su familia para casos de emergencia.

4. Manejar un extinguidor de incendios.

RECUERDE: El que sobrevive a un Desastre no es el más fuerte sino aquel que está mejor preparado.

IX. PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION SANITARIA DE EMERGENCIA

A. COMITE ACADEMICO PARA LA ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION SANITARIA DE EMERGENCIA

Objetivos:

1. Definir los contenidos y estrategia curricular para incorporar la enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia a los Planes de Estudio de postgrado en Administración de Salud/ Salud Pública/Epidemiología

2. Estudiar los contenidos y estrategias curriculares para incorporar tempranamente la enseñanza de la Administración Sanitaria de emergencia a los currículos de pregrado en los Planes de Estudios de la Facultad de Salud (Medicina, Enfermería y Odontología).

3. Difundir la importancia de la enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia en otras Facultades o Departamentos de la Universidad del Valle, especialmente aquellas que tienen que ver con el manejo de calamidades públicas (Ingeniería Civil, Sísmica, Sanitaria; Arquitectura; Administración; Trabajo Social, Economía y Ciencias Sociales; Comunicación.

4. Motivar la participación intersectorial en la elaboración de Planes de Contingencia y Emergencia para la Ciudad de Cali y el Departamento del Valle

5. Estimular la creación de Comités Académicos para la enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia en Universidades Colombianas con Facultades de Salud.

6. Estimular la Coordinación intra e intersectorial de Agencias o Grupos que participan en preparativos de emergencia en la Región y el País.

7. Motivar los diversos estamentos de la sociedad para que se organicen y puedan responder eficientemente a cualquier situación de calamidad pública.

8. Adiestrar y capacitar grupos especiales de la comunidad, personal del sector salud, médicos y enfermeras de los servicios de urgencias de los hospitales para que participen eficientemente en operaciones de rescate, primeros auxilios, Triage, estabilización In Situ y transporte de víctimas en masa.

9 Promover y estimular la investigación sobre los efectos sociales, económicos, políticos, culturales y físicos de los desastres que permitan un mejor conocimiento de la historia natural de estos fenómenos.

10 Propender por la Creación de un Centro multidisciplinario de Investigaciones en Desastres (CEMIDE) que permita la concentración de recursos para el desarrollo de la docencia, de investigación y asistencia en esta área del conocimiento.

B. CAPACITACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y PROCEDIMIENTOS AVANZADOS PARA OPERACIONES DE SOCORRO.

1. Curso Básico: Rescate de Víctimas y Primeros Auxilios.
Población Objetivo: Líderes y Brigadas comunales/maestros y profesores/otros grupos.

Objetivos:

1. Capacitar a grupos especiales de la comunidad para que participen adecuadamente en operaciones de rescate de víctimas y primeros auxilios.

2 Puedan integrarse eficientemente a los equipos de rescate, remoción de escombros y asistencia paramédica de emergencia

3 Identifiquen en su comunidad áreas y grupos de personas expuestas a distintos riesgos de accidentes naturales o provocados

4. Soliciten a las autoridades competentes ayuda para evitar y/o protegerse de los riesgos mayores de calamidad pública en su comunidad.

Contenido Curricular:

1. Historia natural de los desastres: efectos sociales, económicos, culturales y políticos.

2. Tipos de desastres naturales: Inundaciones, sismos, erupciones volcánicas, corrimientos de tierra.

3. Desastres Provocados por el hombre: Intoxicaciones, incendios, explosiones, accidentes automotores, derrumbes y colapso de estructuras, otros

4. Areas vulnerables: Grupos de alto riesgo.

5. Primeros Auxilios:
   —Organización en accidentes.
   —Respiración boca a boca y masaje cardíaco.
   —Hemorragias.
   —Quemaduras.
   —Movilización de accidentes y fracturas
   —Intoxicaciones.
   —Desmayos
   —Insolación
   —Picadura de insectos y mordeduras de animales.

6 Participación en operaciones de rescate y remoción de escombros

7. Integración a los equipos de Asistencia Médica y Transporte de víctimas.

Duración del Curso: 40 horas

Estrategia: Manual de auto-instrucción lineal.
Sonovisos/maniquíes/películas.
Certificación. Universidad del Valle/Facultad de Salud.

2. **Curso Intermedio:** Primeros Auxilios y algunos Procedimientos Invasivos.
Población Objetivo: Personal paramédico de los Servicios de Salud (Auxiliares de Enfermería/Odontología/otros).

Objetivos:

Capacitar al personal paramédico de los Servicios de Salud para que.

1 Presten eficientemente servicios de Primeros Auxilios

2. Participen en los equipos de Asistencia Médica de Emer-

gencia realizando algunos procedimientos invasivos delegados: Iniciación de líquidos endovenosos, administración de analgésicos y otras drogas; monitoría del estado de conciencia y respiración, sutura de heridas menores, etc

3. Participen en los equipos de Asistencia Médica de Emergencia en operaciones de Triage y Estabilización In Situ.

4. Presten Asistencia durante el transporte de víctimas a las instituciones de salud.

5. Participen eficientemente en la evacuación de pacientes en las Instituciones Sanitarias.

Contenido Curricular:

1 Anatomía y fisiología básicas para entender la aplicación de las medidas procedimentales de Primeros Auxilios.

2 Principios Básicos del Manejo de heridas, fracturas, hemorragias, shock, paciente inconsciente, paciente con quemaduras, envenenamiento, el caso psiquiátrico y el caso obstétrico.

3 Reconocimiento, causas y manejo de la obstrucción de vías aéreas

4. Reanimación cardiopulmonar utilizando procedimientos estándard de masaje externo y respiración asistida

5. Métodos de ventilación artificial: respiración boca a boca y el uso de bolsas autoinflables y máscaras.

6 Principios básicos sobre el uso de gases con énfasis en los cilindros de 0_2; su cuidado y uso y la función de la válvula reductora y el manómetro de presión.

7. Los principios de uso y mantenimiento de equipos instalados en las ambulancias

8 Métodos y técnicas de movilizar pacientes· Aplicación de vendajes

9. Triage y estabilización In Situ

10. Participación y coordinación en los EQUIPOS DE ASISTENCIA MEDICA DE EMERGENCIA

11. EVACUACION DE PACIENTES.

DURACION DEL CURSO: 48 horas

Estrategia Clases Magistrales Demostraciones/Maniquíes/ Audiovisuales/Películas/Práctica hospitalaria.

Certificación Universidad del Valle/Facultad de Salud

3 Curso Avanzado: Asistencia Médica de Emergencia.

Población Objetivo: Médicos urgenciólogos/Médicos generales/Enfermeras de los Servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos

Objetivos

Capacitar al personal médico y de enfermería que trabajan en los Servicios de Urgencias de los Hospitales, Clínicas e Instituciones de Atención Médica permanente, para que:

1. Participen eficientemente en las operaciones de triage inicial y estabilización de víctimas en el sitio del desastre.

2. Participen eficientemente en las operaciones de triage secundario y mantenimiento de las condiciones estables antes y durante el transporte de víctimas

3 Participen eficientemente en las operaciones de triage terciario a nivel de instituciones de Atención Médica.

4. Trabajen en coordinación eficiente con otras agencias de socorro que intervienen en las operaciones de rescate, primeros auxilios y manejo de heridos en masa durante situaciones de calamidad pública

5 Apliquen procedimientos estandarizados en el manejo del paciente politraumatizado

6. Participen en la evacuación de pacientes hospitalizados

7 Asistan a las víctimas durante operaciones demoradas de rescate.

8 Apliquen Primeros Auxilios y procedimientos invasivos en distintos escenarios de desastres

9. Utilicen racionalmente las instituciones de la infraestructura de salud (Regionalización de salud)

10 Trabajen armónicamente en condiciones de incertidumbre y ambientes improvisados (tiendas de campaña, etc)

11 Integren equipos multidisciplinarios para operaciones de rescate y manejo de víctimas.

12. Supervisen y coordinen actividades de emergencia delegada en profesionales o voluntarios no entrenados previamente

Contenido Curricular.

1 .Importancia de una intervención rápida. Mecanismo de la agonía y muerte. Fase crítica de la agonía. Ética Médica

2. Clasificación y manejo de heridos en masa: Tarjeta de triage, regionalización de servicios

3. Manejo inicial del paciente politraumatizado, trauma de cuello; tórax; abdomen; vascular; quemaduras; trauma craneoencefálico; trauma raquimedular; trauma urológico

4. Procedimientos especiales: Intubación endotraqueal, traqueotomías; sondas, tubos de tórax; catéteres.

5. Reanimación cardiopulmonar

6 Heridas de extremidades; traumatismos cerrados de partes blandas del aparato locomotor; fracturas y su manejo.

7. Urgencias otorrinolaringológicas y oftalmológicas.

8. Utilización de equipos eléctricos: E.C.G., desfibrilador

9. Certificación de muerte.

Duración del Curso. 48 horas tiempo completo

Sitio de entrenamiento: Servicio de Urgencias del HUV.

Certificación: Universidad del Valle/Facultad de Salud/Hospital Universitario del Valle

C. REGIONALIZACION OPERATIVA

Los desastres naturales afectan áreas extensas que a menudo comprometen distintas reparticiones geopolíticas. Las consecuencias se observan más allá de las áreas devastadas, especialmente en las poblaciones vecinas con diferentes grados de desarrollo social y económico

Con posterioridad al período de emergencia comienza a evidenciarse una etapa de recesión económica. Gran parte de la ayuda financiera se destina a la reconstrucción o sea que no constituyen una adición neta al acervo de capital que existía antes del desastre. Los

efectos directos de este tipo de inversiones sobre la producción, el empleo y los ingresos tienden a desaparecer con la terminación de las obras El resultado, después de utilizar los recursos propios y de crédito para reparar el daño es el enorme desahorro nacional, regional y local con la consecuente postergación de las satisfacciones de necesidades de consumo y capital Los efectos sobre los flujos de empleo, ingresos por ventas, arrendamientos, inventarios y carteras de crédito de los diversos negocios impulsa la población a buscar otros medios de subsistencia a menudo más bajos que los acostumbrados Comienzan entonces, los movimientos migratorios a las regiones vecinas, usualmente a los centros industriales, la ocupación de tierras en forma ilegal y la sofocación de las estructuras sociopolíticas Muchas empresas afectadas directamente comienzan a sufrir el impacto de la restricción de mercados contribuyendo al problema social con el aumento de los costos y el despido de personal, situación que viene a acentuar más la recesión. Estas reacciones en cadena constituyen el mejor argumento en favor de la regionalización Las regiones comparten características socioculturales que de hecho delimitan áreas geográficas más allá de los límites políticos. Con la ocurrencia de un desastre las relaciones se fortalecen y se legitiman basadas en expresiones de solidaridad frente al dolor y la desgracia. La ratificación legal de estas áreas, inspiradas en principios económicos, sociales, políticos y culturales para la ayuda mutua de defensa propias, contribuye a la mitigación del dolor y a restablecer más rápido el orden alterado. Un Consejo Regional Operativo de Emergencia (CROE) conformado por representantes de las distintas unidades geopolíticas y la Asesoría permanente de la Universidad, puede trabajar en estrategias de políticas específicas para la generación de empleo futuro, diferente a la reconstrucción, que vaya absorbiendo la mano de obra vacante. Previo al desastre puede contribuir a la preparación de los comités locales de emergencia y a su mantenimiento técnico y científico. El señalamiento de estrategias probables para enfrentar los distintos riesgos de desastres naturales y artificiales va a contribuir a disminuir los rigores de la esperada recesión económica.

EPILOGO

Reflexiones en torno a la mejor estrategia para implementar un programa de prevención y mitigación de los desastres impulsó a la Universidad del Valle a realizar programas extramurales orientados a la creación de conciencia en los estamentos de gobierno y agencias de socorro, sobre los efectos de los desastres y la necesidad de organizarse en torno a funciones y tareas para responder al desafío con efectividad y eficiencia Dos estrategias se promueven fundamentalmente: la coordinación intersectorial y la regionalización Ellas servirán a la vez como sustratos para la incorporación de la Enseñanza de la Administración Sanitaria de Emergencia a los currículos de formación profesional y de postgrado en las universidades del sur occidente de la República.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Para desarrollo de la tematica señalada brevemente en esta guia, puede consultarse las siguientes referencias bibliográficas

1 Western, K A Vigilancia Epidemiológica con posterioridad a los desastres naturales OPS Publicación Cientifica 420, Washington, D C , Organización Panamericana de la Salud, 1982

2 Control de vectores con posterioridad a los desastres naturales OPS Publicacion Cientifica 419 Washington, D C , Organización Panamericana de la Salud 1982

3 Administración Sanitaria de Emergencia con posterioridad a los Desastres naturales OPS Publicación Cientifica 407, Washington, D C Organización Panamericana de la Salud, 1981

4 Organizacion de los Servicios de Salud para Situaciones de Desastre, OPS Publicacion Científica 443, Washington, D C , Organización Panamericana de la Salud, 1983

5 Suministros medicos con posterioridad a los desastres naturales OPS Publicación Cientifica 438, Washington, D C , Organización Panamericana de la Salud, 1983

6 De Ville de Goyet, C Seaman, J y Geijer U El manejo de las emergencias nutricionales en grandes poblaciones OPS Publicación Cientifica 444, Washington D C , Organización Panamericana de la Salud, 1983

7 Aspectos Vulcanológicos Volumen 1 Serie Prevencion y Mitigacion de desastres Ginebra, Naciones Unidas, 1976

8 Aspectos sismológicos Volumen 3 Serie Prevencion y Mitigacion de Desastres Nueva York. Naciones Unidas, 1978

9 Aspectos hidrológicos Volumen 2 Serie Prevención y Mitigacion de Desastres Nueva York, Naciones Unidas, 1977

10 Aspectos meteorologicos Volumen 4 Serie Prevencion y Mitigacion de desastres Nueva York Naciones Unidas 1979

11 Aspectos relativos al Aprovechamiento de la tierra Volumen 5 Serie Prevencion y mitigacion de desastres Nueva York, Naciones Unidas, 1977

12 Aspectos Juridicos Volumen 9 Serie Prevención y Mitigacion de desastres Nueva York, Naciones Unidas, 1980

13. Aspectos económicos Volumen 7 Serie Prevención y Mitigación de desastres Nueva York, Naciones Unidas 1979

14 Aspectos de Información Publica Volumen 10 Serie Prevencion y Mitigacion de desastres Nueva York Naciones Unidas 1979

15 El alojamiento después de los desastres Nueva York UNDRO/ Naciones Unidas 1984

16 De Vélez, G., Vélez A y Arango, J. Primeros Auxilios Bogota. Cruz Roja Colombiana/Universidad del Valle Editorial MEN Bogota, 1980

17 Guzman, N., Sarmiento, N Terremoto en Popayan, Colombia, 198 Cronicas de Desastres, Volumen 1 OPS, Washington D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1985

18 Echavarría, H.R., Ferrada, R y Kestenberg A (Eds.) Urgencia Quirurgica Cali Editorial XYZ, Cali, Colombia 1983

19 Earthquake Disaster in Nicaragua Reflections on the Initial Management of Massive Casualties, R Whittaker, D Fareed, et al **J. Trauma 14**(1) 37-43 1974

20 Metropolitan Airport Disaster Plan-Coordination of a Multihospital Response to Provide On-site resuscitation and Stabilization before Evacuation. **Journal of Trauma,** Vol. 22(7) 550-559 1982

21 Sistema de atención integral a la salud de la población damnificada por la erupción del volcán Chichonal en México. (Summary). Instituto Mexicano del Seguro Social, 1983

22. Triaging Pediatric Emergencies, L Diamond **Critical Care Update:** 28-32, February 1980.

23. A Pre-Triage Plan for Mass Casualty Care, M Klinghoffer, **Occupational Health Safety** 47(6) 32-25, Nov-Dec 1978

24 Major Disasters. Surgical Triage, D W Yates **Br J Hosp Med:** 323-328, October 1979.

25. Disasters Epidemiology Survey and Surveillance, J E Rhode, **Journal of the Medical Science 11** (1) March 1979

26 Disasters and Public Health, M F Lechat, **WHO Bulletin 57**(1) 11-17, 1979

27 Los Desastres y la Salud Pública, M F Lechat, **Bol Of Sanit Panam 88** (6) 471-180 1980

28 Oceanographic Events During El Niño, Mark A Cane **Science,** Vol 222 No 4629 1189-1195, 16 de diciembre de 1983

29 Earthquake in Guatemala Epidemiologic Evaluation of the Relief Effort C de Ville de Goyet, et al, **PAHO Bulletin X** (2) 95-109, 1976

30 El Terremoto de Guatemala Evaluacion Epidemiológica de las Operaciones de Socorro, C de Ville de Goyet y col, **Bol Of Sanit Panam:** 199-215 septiembre 1976

31 The Epidemiology of Disasters, M F Lechat, **Proc R Soc Med 69** (6): 421-426, June 1976

32 Some Epidemiologic Features of Disasters in Guatemala Romero, et al, **Disasters** 2 39-46 1978

33 Health Implications of the Mount St Helen s Eruption Epidemiological Considerations, **Ann, Occup. Hyg.,** Vol 26(1-4) 911-919, 1982

34 Non-natural Disasters - An Epidemiological Review, Boris Velimirovic **Disasters** 4 (2) 237-246 Pergamon Press Ltd , 1980

35 Desastres Naturales, sus Efectos en la Salud con Enfasis en las Enfermedades Prevenibles, J L Zeballos, Oficina de Preparativos para Socorros de Emergencia, OPS/OMS 1981

36 Medicamentos y otros suministros de socorro en casos de desastre **Tropical Doctor,** Vol 6, 168-170, 1970

37 Drugs and Supplies for Disaster Relief, C de Ville de Goyet, et al, **Tropical Doctor 6:** 168-170, 1976

38 Procedimientos Recomendados para Embalar y Rotular o Marcar Envíos de Artículos de Socorro en Operaciones Internacionales en Caso de Desastre, reproducido del Manual de Socorros de la Cruz Roja en Caso de Desastre, Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 1976

39 Lists of Drugs and Equipment for a Refugee Camp of 10 000 People for a Three Month Period WHO/UNHCR, Health of Refugees, 1981

40 Organización Hospitalaria en Caso de Desastre, A Valdivia, et al, **Rev Cub Adm Salud 2:** 153-163, junio 1976

41 La Preparación de una Empresa de Servicio Público para un Sismo de Gran Intensidad, W F Anton, CEPIS, febrero 1980

42 Evacuation Decision-Making in Natural Disasters, R W Perry, **Mass Emergencies 4:** 25-38, 1979

43 Fire and Evacuation Planning in Hospital, K J Cruickshank, **Aust Nurs Journal:** 7-14 September 1978

44 Evaluación del Riesgo Epidemiológico y Estimación de Riesgos en Casos de Desastres B Velimirovic, **Bol Of Sanit Panam** 83 (2) 119-129, 1977

45 Differential Response of Hospital Personnel to a Disaster, R A Stallings, **Mass Emergencies 1:** 47-54, 1975

46 Problemas de Salud Mental después de una Situacion de Desastre, F Ahearn y S Rizzo Castellón, **Acta Psiq Psicol Am Lat:** 58-67, 1979 y **Bol Of Sanit Panam 85** (1) 1-15 1978

47 Earthquake Injuries Related to Housing in a Guatemalan Village, R I Glass J J Urrutia, et al, **Science 197:** 638-643, 1977

48 The Health Impact of Earthquakes, C de Ville de Goyet, **Biomedical Research in Latin America: Background Studies,** NIH Publication No 80-2051, April 1980.

49. Major Disasters' The Patient with Multiple Injuries, R F Evans, **Br J Hosp Med:** 329-332. October 1979

50 The Terrorist bomb Explosion in Bologna, Italy, 1980. An Analysis of the Effects and Injuries Sustained, Bo Brismar and Lennart Nergenwald, **The Journal of Trauma Vol. 22(3): 216-220, 1982.**

51 Analysis of Terrorist Injuries Treated at Craigavon Area Hospital, Northern Ireland, 1972-1980, **Injury,** 14 332-338

52 First Aid in Disasters, G.D. Phillips, **The Medical Journal of Australia:** 420-424, 18 October 1980.

53 Medical Care at Accidents and Disasters, R. Snook, **Injury 10** (1). 14-21, August 1978.

54 Triage of burn patients, Alan R. Dinick, Prehospital care of the seriously burned patient, A Rauscher and G. Murphy; Transporting the critically burned patient, D Trunkey, **Topics in Emergency Medicine,** Vol 3, No. 3, 1981

55 The Risk of Disease Outbreaks after Natural Disasters, C de Ville de Goyet, **WHO Chronicle 33:** 214-216, 1979

56 El Riesgo de Brotes de Enfermedades después de los Desastres Naturales, C de Ville de Goyet, **Crónica de la OMS 33:** 239-241, 1979

57 A View of the Medical and Nutritional Consequences of the Earthquake in Guatemala. N W Solomons and N Butte, **International Health 93** (2): 161-169, March-April 1978

58 Plan hospitalario para desastres, Consejo Canadiense para Acreditación de hospitales **Hospital Emergency Planning Manual,** Department of National Health and Welfare, Canadá 16 págs.

59. The Guatemala Earthquake: Lessons and Priorities for Earthquake Planning and Relief, papers from a symposium held at the Royal Society by the London Technical Group, London, 14 June 1976, **Disasters** 1 (2) 79-112, 1977

60. Planificación de los Servicios de Salud en Situaciones de Emergencia, L.S Lenin Saenz. **Bol Of Sanit Panam:** 98-110, febrero 1977

61 Manual Normativo de Socorros, Socorro Nacional, Cruz Roja Colombiana, 1981

62 Earthquake Prediction Mexican Quake Shows One Way to Look for the Big Ones, R.A Kerr, **Science 203**(2), March 1979

63 Curative Medicine or Community Health? Appropriate Health Services with Refugees, S.P Simmonds and H Brown, **Disasters 4**(1). 107-109, 1980

64 Disasters and Settlements, R Norton, **Disasters 4**(3): 339-347, 1980

65 Saneamiento en Desastres Los Campamentos de Emergencia en la Ciudad de Guatemala, 1976, J C. Morataya y R Hederra, **Bol Of Sanit Panam 90**(1), 1981

66. Disease Surveillance and Decisión-Making After the 1976 Guatemala Earthquake, H.C. Spencer, et al, **Lancet,** 181-184, 23 July 1977

ANEXO

TRIAGE, ESTABILIZACION IN SITU Y TRANSPORTE DE VICTIMAS

El Triage es un procedimiento mediante el cual las víctimas se clasifican en diferentes categorías de tal manera que aquellas que requieren tratamiento inmediato sean atendidas prioritariamente.

Comunmente el triage lo realiza un equipo médico conformado por un médico, una enfermera y dos socorristas. Aunque el tiempo que se dedica a un paciente depende de diversos factores. número de equipos de triage disponibles; número estimado de víctimas y las circunstancias externas, en la mayoría de las situaciones de desastre es de 3 a 4 minutos por paciente

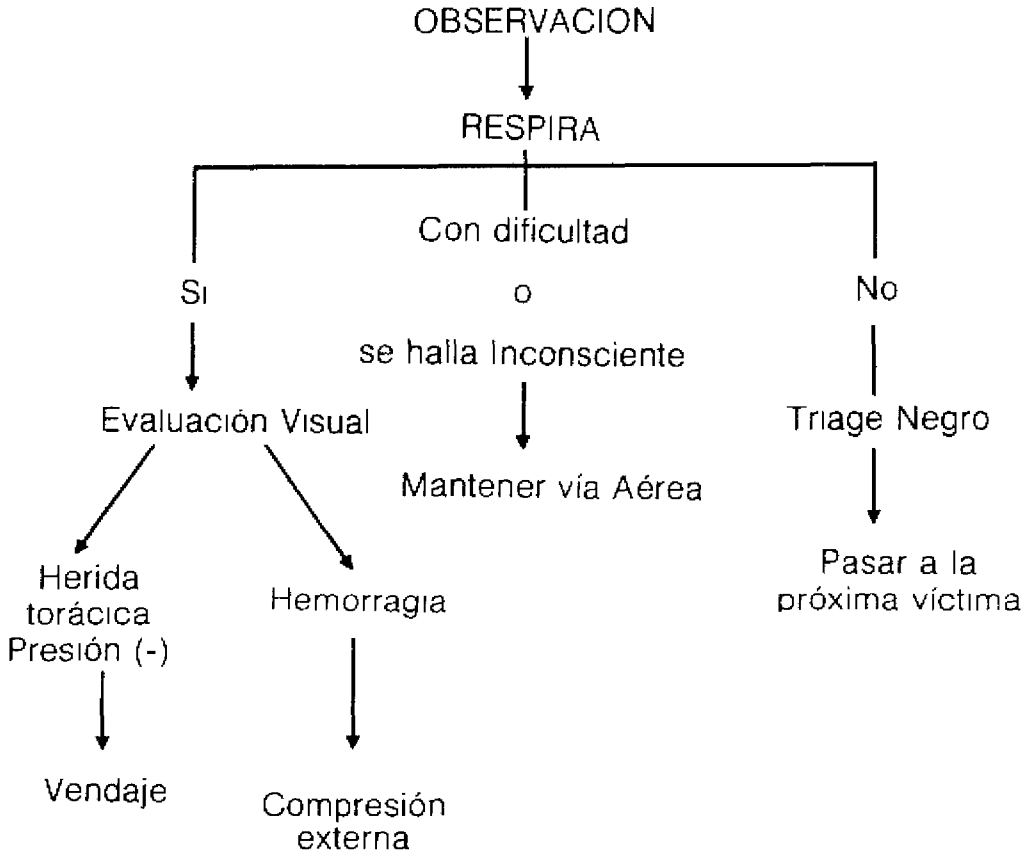
Los equipos de triage deben conocer perfectamente la infraestructura de salud, el tipo de organización y funcionamiento. En situaciones de desastres deben conocer la ubicación y capacidad de los puestos de socorro y las instalaciones de referencia según la gravedad de la víctima y las facilidades y capacidad institucional. La coordinación de los equipos de triage con el oficial de mando y éste con el Comandante del Puesto de Mando se adquiere a través de ejercicios permanentes antes del desastre Este tipo de funciones y tareas no se pueden improvisar La eficiencia depende de un gran número de reflejos condicionados que se obtienen esencialmente por la teoría y la práctica.

El primer paso es obtener una visión general de la severidad y magnitud del desastre y contrastarlo con los recursos disponibles, sólo entonces puede iniciarse el triage clínico El triage rápido In Situ debe realizarse por el primer médico que llegue a la escena y el proceso de triage inicial debe seguir una metodología consistente en una evaluación inicial de la respiración y el nivel de conciencia (Fig 5) Pacientes

apneicos deben ser considerados muertos y rotulados como tal. Pacientes con respiración dificultosa o inconscientes deben recibir estabilización inmediata para liberar las vías aéreas Después de la estabilización de las vías respiratorias, todos los sobrevivientes deben recibir una rápida evaluación visual a fin de clasificarlos en estado "crítico", "urgente" o "heridos ambulatorios". El tratamiento específico que debe llevarse a cabo en este momento se limita a compresión directa o vendaje de los puntos hemorrágicos potencialmente exanguinantes y vendaje de las heridas en tórax que puedan provocar presión intratorácica negativa El equipo de triage no debe permanecer mucho tiempo con un solo paciente antes de haber determinado las prioridades de cuidados que necesitan todas las víctimas. Los equipos médicos pueden regresar luego a los casos más críticos y comenzar la estabilización In Situ.

Se debe emplear un sistema de triage codificado de cuatro colores y una tarjeta rotulada. El uso de una tarjeta estandard de triage facilita la clasificación rápida In Situ. El doctor Ney Guzmán-G ha diseñado una tarjeta de Triage para ensayo en el País. (Fig. 6)

FIG. 5
PROCESO DE TRIAGE INICIAL



Dicha tarjeta permite la identificación de la víctima, la hora en que ocurrió el desastre, el tipo de desastre, los efectos directos del mismo y la clase de tratamiento inicial, así como la atención requerida y el sitio al cual debe remitirse la víctima. Además está claramente codificado en colores y símbolos. La categoría 0 (negra) indica una víctima fallecida o que esté próxima a la muerte, categoría I (rojo) se usa para el paciente en estado "crítico" cuya supervivencia depende de la estabilización inmediata del proceso que amenaza su vida. Categoría II (amarillo) indica un paciente sumamente herido, en estado "urgente" que requiere alguna estabilización In Situ previa al transporte, pero cuya vida no se halla en peligro inminente La categoría III (verde) se aplica al herido ambulatorio que puede caminar, al cual no requiere ninguna atención médica en el sitio del desastre previa a su traslado a un hospital

Finalmente cada tarjeta viene numerada con el fin de facilitar una evaluación del proceso de triage posteriormente

ESTABILIZACION IN SITU

Después de la evaluación y la clasificación, el personal médico debe proceder a la siguiente fase del plan· estabilización previa al transporte. El aspecto médico consiste en estabilizar la vía aérea y la respiración y detener la hemorragia. Si se ha llevado a cabo un triage rápido In Situ, el aspecto más importante de la estabilización es el tratamiento del shock hipovolémico con fluídos intravenosos

Este procedimiento, junto con la estabilización de las fracturas es, la mayoría de las veces todo lo que puede hacerse por el paciente en el sitio del desastre

TRANSPORTE DE VICTIMAS

La prioridad para evacuar los heridos del lugar del desastre es como sigue: Primero, paciente en estado "crítico" (rojo); Segundo, paciente en estado "urgente" (amarillo); Tercero, heridos "ambulatorios" (verde) y cuarto, finalmente los fallecidos (negro)